

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

8

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul BONIER

Né le 28 juin 1911, à Saint-Julien (Haute-Savoie)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES
APPENDICITES AIGUËS
APRÈS LA QUARANTAINE

Président : M. R. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul BONIER

Né le 28 juin 1911, à Saint-Julien (Haute-Savoie)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES
APPENDICITES AIGUËS
APRÈS LA QUARANTAINE

Président : M. R. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N..
	HASARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obs étrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

V. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
LAJOUANINE.		BASSET.	
UBERTIN.		BROCQ.	
RULÉ.		CADENAT.	
HABROL.		GATELLIER.	
ONZELOT.		MOURE.	
UVOIR.		QUENU.	
IAN.		VELTER.	
ALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
EZARY.			

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale.

MM.	
ÉCALLE.	
METZGER.	

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE

LE DOCTEUR BONIER

En souvenir de leur indulgente bonté.

A MA FEMME

Pour son affectueuse compréhension.

A MON ONCLE MONSIEUR L. DELAVAY

En témoignage de ma reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND GRÉGOIRE

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

En témoignage de mon profond respect.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL

MONSIEUR LE DOCTEUR TRÉMOLIÈRES

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE DOCTEUR ÉCALLE

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRÉGOIRE

AU DOCTEUR L. MICHON

Chirurgien des Hôpitaux

AU DOCTEUR R. COUVELAIRE

Chirurgien des Hôpitaux

Dont j'ai apprécié l'affectueux enseignement.

AU DOCTEUR P. SUIRE

Chef de clinique à la Faculté de Paris

*Qui m'a guidé et conseillé avec amitié
au cours de mes études.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES APPENDICITES AIGUËS APRÈS LA QUARANTAINE

INTRODUCTION

Il y a quelques années, on avait tendance à considérer l'appendicite aiguë, après un certain âge, comme une affection rare, sinon exceptionnelle.

J. W. Churchman, en 1909, dans sa statistique générale des appendicites aiguës de l'hôpital Hopkins, illustrée d'un beau graphique, montre que la courbe atteint son maximum entre 20 et 25 ans, puis, descend rapidement après 50 ans, pour atteindre 0 à 65 ans. Ces faits semblaient d'ailleurs appuyés par les données histologiques qui montrent que l'appendice, comme tous les autres organes lymphoïdes, régresse en partie avec l'âge.

Mais actuellement, on a révisé ces notions et on admet la fréquence relative ainsi que la gravité de l'appendicite aiguë après un certain âge. Cet âge est d'ailleurs bien difficile à définir exactement. Guidés par le souci d'une documentation substantielle, qui malgré tout, est encore bien restreinte, nous fixerons cet âge à 40 ans, en soulignant bien ce qu'à de relatif une telle limite.

Nous devons notre documentation à l'obligeance de notre Maître, M. le Professeur Grégoire et de M. le D^r Bréchet chirurgien à l'Hôpital Saint-Antoine qui ont eu l'amabilité de mettre leurs archives hospitalières à notre disposition. Nous les en remercions bien vivement.

CHAPITRE I

Quelques données statistiques

Comme le montre les statistiques, l'appendicite aiguë est indiscutablement plus rare après 40 ans, mais non exceptionnelle.

Dans le Service de notre maître, le Professeur Grégoire, sur tous les cas d'appendicites aiguës opérées du mois de juin 1936 au mois d'octobre 1938, nous trouvons un pourcentage de 12,5 % d'appendicites aiguës après 40 ans.

Chez M. le Dr Bréchet, du mois de janvier 1937 au mois d'octobre 1938, le pourcentage est de 15,8 %, soit une moyenne de 13,75 % dans l'ensemble.

Donc, on peut dire que sur 100 appendicites aiguës opérées, il y a à peu près 14 malades qui ont plus de 40 ans ; et ce chiffre est important, car l'appendicite aiguë après cet âge est une affection grave : *alors que les statistiques récentes de la mortalité des appendicites aiguës dans le monde donnent une moyenne de 6,85 %, nos statistiques nous donnent une mortalité dans l'appendicite aiguë après 40 ans, de 37,5 %.*

Sur les 32 cas que nous rapportons il y a 12 décès qui se répartissent de la façon suivante :

- 2 crises appendiculaires qui ont évolué vers l'ictère grave,
- 1 abcès appendiculaire qui s'était révélé par un syndrome occlusif,
- 9 péritonites.

Les 20 guérisons se composent de :

- 8 crises appendiculaires,
 - 1 abcès appendiculaire après une crise d'appendicite aiguë,
 - 1 péritonite plastique après appendicite aiguë,
 - 10 péritonites appendiculaires.
-

CHAPITRE II

Observations des cas ayant évolué vers la guérison

Fouillons maintenant chacun de ces cas qui ont guéri pour essayer d'en tirer des enseignements cliniques et thérapeutiques :

1° Crises appendiculaires.

OBSERVATION I

M. Vég..., 42 ans, a une crise douloureuse de la fosse iliaque droite avec un état nauséeux. Il est examiné deux jours après le début, on trouve un point de Mac Burney douloureux, on opère d'urgence, onze jours après le malade sort guéri.

OBSERVATION II

Mme Pro..., 48 ans, est examinée six heures après une crise douloureuse de la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements. On trouve une défense musculaire et une douleur dans la région de Mac Burney. Intervention :

gros appendice adhérent et gangréné, méso infiltré, fermeture en 2 plans sur un drain et une mèche. Dix-sept jours plus tard la malade est guérie.

OBSERVATION III

M. Dub..., 41 ans, est examiné vingt-quatre heures après une crise douloureuse de la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements. On trouve aussi : douleur et défense dans la région de Mac Burney. L'appendice est long et adhérent à sa partie moyenne. Un peu de liquide séreux dans le ventre. Fermeture en 3 plans, guérison le treizième jour.

OBSERVATION IV

M. Chr..., 44 ans, a déjà eu plusieurs crises douloureuses abdominales avec vomissements. Il est vu peu après la dernière qui a été plus forte. On trouve une douleur très nette et de la défense musculaire au point de Mac Burney. A l'intervention, appendice long et filiforme, complètement adhérent, seize jours après le malade est guéri.

OBSERVATION V

Mme Ste..., 42 ans, a une crise appendiculaire avec vomissements et constipation. Elle est vue dans les vingt-quatre heures, sa température est à 38°, on trouve de la défense musculaire de la fosse iliaque droite, au toucher

vaginal, une douleur à droite. A l'intervention, appendice enflammé avec une plaque de sphacèle à sa pointe, on l'enlève au thermo, on ferme sur un petit drain au niveau du foyer. La malade sort le dix-septième jour.

OBSERVATION VI

Mme Hud..., 57 ans, a, pour la première fois, une crise douloureuse abdominale avec vomissements.

Température 38°, défense et douleur au point de Mac Burney. La malade est obèse. A l'intervention : appendice un peu enflammé, mais surtout long et atrophié à son extrémité, ectomie, enfouissement, fermeture. Sortie le treizième jour. En somme, poussée inflammatoire sur un appendice scléro-atrophique.

OBSERVATION VII

M. Bel..., 42 ans, est vu douze heures après une violente douleur qui a débuté au creux épigastrique, puis est descendue à l'ombilic, enfin, s'est localisée dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de vomissements et de température à 40°. A l'intervention, appendice rétro-cæcal, turgescant, on l'ouvre involontairement : issue de pus, sérum anti-gangréneux et anti-colli dans le péritoine, mèche au contact imprégnée de ce sérum, une soie en bloc sur la paroi, le cinquième jour, la température est à 37°, le vingtième jour, le malade sort.

OBSERVATION VIII

M. Rob..., 49 ans, a eu une violente douleur de la fosse iliaque droite qui s'est généralisée à tout l'abdomen. On l'examine à la vingtième heure, température 37°3, pouls bien frappé, immobilité respiratoire de l'abdomen, très légère contracture et douleur au point de Mac Burney, toucher rectal douloureux. Incision de Roux ; appendice rétro-cæcal adhérent, couvert de fausses membranes. Ablation et enfouissement, paroi en 4 plans, peau non suturée. Le dix-septième jour le malade est guéri.

2° Abscess appendiculaire.

OBSERVATION IX

M. Kau..., 43 ans, a des douleurs sourdes de la fosse iliaque droite, intermittentes, puis continues. En un mois elles s'exagèrent, le malade ressent comme un coup de poignard dans la région appendiculaire quand il fait certains mouvements. On l'examine. Température 38°, contracture abdominale, plastron dans la fosse iliaque droite, rien au toucher rectal. On met de la glace sur le ventre, neuf jours après on intervient, on incise un abcès appendiculaire, on place deux drains, le lendemain température 40°, avec agitation, puis chute de la température en lysis qui atteint 37° le neuvième jour, le dixième jour, on enlève les drains, la plaie ne suppure pas, sorti le vingt-sixième jour.

3° Péritonite plastique.

OBSERVATION X

M. Mal..., 57 ans, est pris subitement de vomissements, on le voit vingt-quatre heures après le début, il est en état de rétention urinaire, on retire 1/2 litre d'urine trouble, il y a une légère défense musculaire et de la douleur dans la région sous-ombilicale, aussi bien à droite qu'à gauche rien au toucher rectal. Ces signes étant exclusivement sous-ombilicaux on pense à une appendicite aiguë. A l'intervention pus dans le péritoine. On agrandit vers le bas, on trouve un appendice pelvien difficile à libérer, perforé, collé, au milieu d'adhérences déjà solides, deux mèches, un drain dans le Douglas. Sorti le vingt-cinquième jour.

4° Péritonite appendiculaire.

OBSERVATION XI

Mme Eve..., 52 ans, a une crise douloureuse de la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements bilieux. On l'examine quarante-huit heures après le début, température 38°, pouls 85, douleur et défense musculaire au point de Mac Burney. On l'opère à la soixantième heure, incision de Jalaguier: péritonite appendiculaire par appendice gangrené, un drain, une mèche. Le huitième jour, accident sérique. Température 39°. Douzième jour, phlébite gauche, sortie le quarante-deuxième jour.

OBSERVATION XII

M. Bru..., 62 ans, est pris subitement de douleurs abdominales généralisées et de vomissements. Il est examiné quarante-huit heures après le début, température : 39°, légère obésité, le ventre respire bien, légère contracture et hyperesthésie de la fosse iliaque droite. On l'opère d'urgence, on trouve une péritonite diffuse, un appendice énorme, gangréné perforé à sa base, on isole le foyer par des compresses, enfouissement difficile, un drain dans le Douglas, deux mèches dans le foyer pour isoler le grêle, le lendemain la température est à 38°, on donne V gouttes de digitale pendant huit jours, le dixième jour, la température est normale, le quarante-quatrième jour le malade sort guéri.

OBSERVATION XIII

Mme Lan..., 51 ans, a une crise douloureuse de la fosse iliaque droite avec vomissements bilieux. Elle est vue vingt-quatre heures après le début. Température 38°, pouls 80. On trouve de la douleur et de la défense musculaire dans la fosse iliaque droite. A l'intervention, pus dans le ventre, appendice plein de pus et couvert de fausses membranes. Appendicectomie sans drainage. Sortie le neuvième jour.

OBSERVATION XIV

M. Lav.... 65 ans, est vu quarante-huit heures après une crise abdominale aiguë. Température 38°5, pouls 100. A l'examen, on trouve une défense musculaire généralisée prédominant dans la fosse iliaque droite. A l'intervention : pus dans le ventre, appendice rétro-cæcal gangrené au niveau de son implantation cæcale et détaché du cæcum, bourse sur le cæcum. Un drain dans le Douglas, deux mèches, sérum anti-gangréneux et anti-coli. Le cinquième jour, on enlève une mèche, le septième jour la deuxième. Température 38°. Le dixième jour, la température est à 39°, le onzième jour, on enlève le drain. Jusqu'au dix-huitième jour, la température oscille autour de 39°. Le trente-quatrième jour, elle descend au-dessous de 38°. Le malade est sorti guéri le quarante-quatrième jour.

OBSERVATION XV

Mme Mat..., 76 ans, est prise subitement d'une crise douloureuse abdominale qui se localise dans la fosse iliaque droite, s'accompagne de vomissements bilieux, d'arrêt des matières et des gaz. Examinée vingt-quatre heures après le début. Température 39°5, pouls : 100, ventre ballonné, souple, contracture de la fosse iliaque droite avec vives douleurs. Etat général moyen, facies angoissé.

Anesthésie au Balsoforme, péritonite appendiculaire par perforation : 3 mèches, 1 drain. Le cinquième jour

après l'intervention, la température est à 38°, le onzième jour à 37°. Guérison le quarante-deuxième jour.

OBSERVATION XVI

M. Mel..., 46 ans, est vu neuf heures après une crise douloureuse sans vomissement. Température 38°. Pouls 96, défense très nette de la fosse iliaque droite, petite hernie ombilicale irréductible à l'intervention : liquide brun, mais non fétide dans le ventre, cæcum distendu, appendice sphacélé, méso infiltré de graisse dont la ligature est difficile, 2 mèches rétro et pré-cæcal, 1 drain à un angle. Sorti le quarante et unième jour.

OBSERVATION XVII

M. Cal..., 40 ans, opéré pour appendicite aiguë, on trouve un appendice rétro-cæcal très hypertrophié, gangrène, dans sa moitié distale, pus et liquide brunâtre dans le ventre, une mèche au contact, un drain dans le Douglas, un autre dans la grande cavité. Sorti le trente-quatrième jour.

OBSERVATION XVIII

M. Rai..., 48 ans, est examiné trois jours après une crise douloureuse abdominale diffuse. A l'intervention : péritonite appendiculaire avec pus franc, sans perforation. Un drain dans le Douglas. Sorti trente-deux jours après.

OBSERVATION XIX

M. Van Hem..., 42 ans, est opéré d'urgence pour appendicite. On trouve : un appendice long en crosse, rétro-caecal remontant haut derrière le cæcum, l'appendice est très adhérent surtout au meso, fermeture sur 1 mèche, 1 drain. A l'examen : calculs stercoraux très fétides. Sorti le trente et unième jour.

OBSERVATION XX

M. Shoo..., 60 ans, est vu trois jours après une crise douloureuse de la fosse iliaque droite accompagnée de vomissements, température 40°. Contracture de la fosse iliaque droite à l'intervention. Pus dans le ventre, appendice gangréné avec sphacèle et perforation, 1 mèche, 1 drain. Sorti le vingt-huitième jour.

DISCUSSION DE CES OBSERVATIONS

Sur cet ensemble, quelques cas retiennent notre attention par leur allure insolite et déroutante.

— L'observation n° II, où malgré un appendice gangréné, la guérison survint rapidement en dix-sept jours, mais l'intervention fut pratiquée à la sixième heure, elle fut d'exécution aisée la malade n'avait que quarante-huit ans.

— L'observation n° IX, avec abcès appendiculaire : il s'agissait d'un homme encore jeune (43 ans).

— L'observation n° X, avec une péritonite plastique débutante chez un homme de cinquante-sept ans, mais l'intervention fut précoce dans les vingt-quatre heures et il n'y avait pas de signes occlusifs.

Dans les dix observations suivantes on a des péritonites avec un liquide soit brunâtre soit franchement purulent, bien que ces malades aient franchi pour la plupart la cinquantaine, l'évolution fut favorable, on retrouve les deux facteurs : diagnostic précoce, absence de signes occlusifs.

Deux observations sont très déconcertantes :

— La XV^e, une femme de 76 ans, en pleine périto-

nite appendiculaire par perforation, avec ileus, est opérée et guérit. Certes, la précocité de l'intervention à la vingt-quatrième heure est un facteur de ce succès.

Pourtant il semble curieux qu'il ait contrebalancé les classiques arguments de gravité :

L'âge avancé et l'occlusion. Ceci mène à demander les valeurs fonctionnelles cardiaque, rénale, hépatique de cette femme ; malheureusement l'observation est muette sur ce point. Il est à prévoir qu'aucune tare n'affaiblissait le terrain, le compte rendu opératoire ne relate pas la forme anatomique exacte de la péritonite par perforation. Était-elle purulente ou putride ? La réaction générale fait plutôt croire à la première hypothèse. Néanmoins, nous regrettons les lacunes de la narration opératoire qui nous empêchent de tirer tous les renseignements désirables.

— Dans la XX^e observation, la forme anatomique est précisée : péritonite par perforation d'appendice gangréneux sphacélé.

L'intervention n'est exécutée qu'au troisième jour des accidents, mais la limitation de la contracture à la fosse iliaque droite peut faire penser à une perforation plus récente. Ce qui expliquerait la guérison de cet homme âgé de 60 ans.

CHAPITRE II

Observations des cas mortels

Voyons maintenant le tableau des décès. Ils se répartissent de la façon suivante :

- 2 appendicites aiguës,
- 1 abcès appendiculaire,
- 9 péritonites appendiculaires, dont 5 après appendices gangrénés.

1° Crise appendiculaire.

OBSERVATION I

Mme All..., 56 ans, a une crise douloureuse de la fosse iliaque droite irradiant à la fosse lombaire droite et à tout l'abdomen, s'accompagnant de nausées. Examinée vingt-quatre heures après le début, température 40°, ventre globuleux qui respire, paroi adipeuse, douleur et empâtement profond au point de Mac Burney. A l'intervention : derrière un kyste parovarien qu'on enlève, appendice tuméfié, couvert d'adhérences. Fermeture sans drain. La température s'élève progressivement jusqu'à 40° le sixième

jour : localement rien, rien aux poumons ; dyspnée, sub-ictère, taches purpuriques apparaissent. Mort le huitième jour.

OBSERVATION II

M. Pau..., 43 ans, vient pour une crise douloureuse de la fosse iliaque droite qui est allée progressivement en augmentant, s'accompagnant de frissons et de vomissements. On l'examine à la soixante-douzième heure, température 37°, on trouve une douleur au point de Mac Burney. On l'opère d'urgence, on trouve un appendice long et turgescent, sa lumière est pleine de pus, on ferme sans drainage, paroi en deux plans, on ne ferme pas la peau. Le lendemain jusqu'au dixième jour, la température oscille autour de 40°, à cette date, on constate une large ecchymose spontanée de la base du thorax. Des vomissements ocreux apparaissent ainsi que des hématuries et un ictère. La mort survient le onzième jour, dans des signes d'ictère grave.

2° Abscessus appendiculaire.

OBSERVATION III

M. Sal..., 61 ans. Douleurs abdominales, vomissements et phénomènes sub-occlusifs, examiné neuf jours après le début. Température 38°, abdomen très tendu, palpation douloureuse au-dessous de l'ombilic. T. R. Tuméfaction douloureuse bombant au-dessus de la prostate, on pense à un abcès périprostatique ou une tumeur du sigmoïde.

Intervention le lendemain : abcès appendiculaire avec appendice sphacélé. Mort le vingtième jour d'une embolie.

3° Péritonites généralisées.

OBSERVATION IV

a) *Péritonites purulentes.*

M. Cas..., 51 ans, est vu quinze heures après une crise douloureuse de la fosse iliaque droite avec vomissement. Température 40°, pouls 90, douleur et contracture au point de Mac Burney. A l'intervention : appendice très augmenté, adhérent légèrement à la fosse iliaque droite, réaction séro-purulente dans le péritoine, drain dans la fosse iliaque et fermeture ; le lendemain, douleur et ballonnement. Température 39°, prostigmine + sérum hypertonique, I. V. Le cinquième jour : température 40° et vomissement. Mort le sixième jour. A l'autopsie pas de péritonite, mais grosse dilatation du grêle.

OBSERVATION V

M. Cos..., 44 ans. Douleurs intermittentes du bas-ventre pendant trois ou quatre jours qui deviennent très violentes, pas de vomissement. Examiné quatre jours après le début. Température 39°,6, pouls 115, facies un peu grippé, ventre ballonné, défense sous-ombilicale, douleur de la fosse iliaque droite. Toucher rectal : 0 ; à l'intervention liquide jaunâtre, mais non fétide dans le péritoine, anses

rouges, appendice très adhérent, énorme et violacé. On protège les anses grêles par des mèches. Mikulicz et drain sous-hépatique. La température oscille vers 39-40°, sérum anti-gangréneux. Mort le dixième jour.

OBSERVATION VI

Mme Mall..., 78 ans, opérée le 25 novembre 1937. Urée 0,70, glycémie 1,60. A l'intervention, pus dans le péritoine, l'appendice est gros et congestif, la paroi est grasse, enfouissement, une mèche inféro-interne, un drain dans le Douglas ; rachianesthésie. Mort neuf jours après.

OBSERVATION VII

M. Gil..., 53 ans, est examiné trois jours après une crise douloureuse dans la fosse iliaque droite accompagnée de vomissements. Température 38°4, ventre douloureux, souple, légère défense de la fosse iliaque droite. On hésite entre une perforation appendiculaire ou ulcéreuse ; le mode de début et la radio sont en faveur de l'ulcus, les signes actuels en faveur de l'appendicite.

A l'intervention, appendice pelvien augmenté de volume, adhérent à la paroi latérale, perforé à sa base, collection purulente abondante dans le Douglas, plus grisâtre au contact de l'appendice. Boutonnière médiane sus-ombilicale, puis Mac Burney, ectomie. Un drain dans le Douglas, une mèche, éther + rachi, sérum anti-gangréneux. Mort le cinquième jour.

b) *Péritonites au cours d'appendicites gangréneuses.*

OBSERVATION VIII

Mme Def..., 62 ans, est amenée pour douleur abdominale plus marquée dans la fosse iliaque droite, vomissements. Point costo-lombaire plus douloureux que la douleur antérieure. Pyurie et hématurie visible et constatée au labo.

On pose le diagnostic d'appendicite aiguë et pyélite.

A l'intervention : appendice pelvien gangrené, libre, perforé, avec réaction purulente du Douglas.

Mickulicz. Les jours suivants, localement tout va bien. Température 39°, dyspnée le cinquième jour, hémiplégie droite et coma. Mort. Auparavant la malade était soignée à la Salpêtrière pour affection nerveuse.

OBSERVATION IX

M. Nev..., 42 ans, est pris brutalement de douleur épigastrique qui gagne la fosse iliaque droite s'accompagnant de vomissements, trois jours après le début d'une pleurésie séro-fibrineuse. On l'opère deux jours plus tard. On trouve du pus fétide dans le ventre avec appendice gangrené. On place deux mèches et un drain.

Mort deux jours après.

OBSERVATION X

M. Dol..., 49 ans, est vu soixante-douze heures après une crise douloureuse abdominale avec nausée et diarrhée. Température 39°.

A l'intervention : pus dans le ventre, l'appendice est détaché du cæcum, à ce niveau, plaque escarrotique; on ne le retrouve pas. Suture en bourse du cæcum. Un drain, deux mèches. La température reste entre 38°-39°. Mort le quatrième jour.

OBSERVATION XI

Mme Ajour..., 40 ans, a une douleur vive para-ombilicale gauche, avec ballonnement, arrêt des matières et des gaz. Examinée à la soixante-douzième heure. Mauvais état général, teint subictérique, facies anxieux. Température : 39°, pouls : 120, douleur généralisée, pas de contracture. Toucher vaginal : infiltration de la base du ligament large du côté gauche. Au toucher rectal on sent une masse dure à bout de doigt ; on pense à une rupture de pyosalpinx. A l'intervention : bloc d'adhérences entre l'appendice et l'annexe droite qui est malade, mais non perforée. Appendice gangrené verdâtre ; on enlève l'annexe droite et l'appendice. Drain et Mickulicz avec sérum anti-gangréneux et anti-coli. La température monte à 40°. Mort le quatrième jour. Traitement : extrait hépatique plus adrénaline plus sérum hypertonique.

OBSERVATION XII

Mme Triboul..., 59 ans, est vue quarante-huit heures après une crise douloureuse abdominale accompagnée de vomissements. On trouve une péritonite généralisée avec appendice gangrené. Après médiane sus-ombilicale exploratrice, on fait l'appendicectomie. Une mèche plus un drain iléo-cæcal plus un drain dans le Douglas.

Dans la suite, arrêt des matières et des gaz. Le quatrième jour, les matières passent par une sonde rectale. En même temps apparaissent des vomissements fécaloïdes. Mort le neuvième jour.

Traitement :

extrait hépatique,
prostigmine,
sérum hypertonique,
X gouttes de Natibaïne.

DISCUSSION DE CES OBSERVATIONS

Revenons sur les cas intéressants :

1^o Des deux malades morts de crise appendiculaire aiguë, l'un avait 43 ans, mais fut opéré à la soixante-douzième heure. L'autre fut opéré plus tôt, à la vingt-quatrième heure, mais il était plus âgé.

Tous deux sont morts d'ictère grave avec des signes d'atteinte hépatique très marqués.

Ces deux observations soulèvent un problème très intéressant sur les rapports étroits entre l'appendice et le foie, qu'a mis en évidence notre maître le Professeur Grégoire, quand il dit dans son anatomie médico-chirurgicale :

« Les veines de l'appendice sont tributaires de la
« grande veine mésentérique et par son intermédiaire
« de la veine porte. Ces relations permettent de com-
« pendre les accidents toxiques et infectieux dont le
« foie est menacé au cours des appendicites aiguës. »

2^o Un malade âgé de 61 ans est mort après un abcès appendiculaire avec signes occlusifs, il fut emporté par une embolie.

3^o Que faut-il retenir des 9 péritonites ?

A. — Les quatre premiers cas furent compliqués de péritonites purulentes. Chez trois malades l'âge est peu élevé : 51 ans (obs. IV), 44 ans (obs. V) et 53 ans (obs. VII).

Mais d'autres causes expliquent la mortalité :

Dans l'observation IV : si l'intervention fut précoce une occlusion post-opératoire vint imprimer son caractère de gravité.

Dans l'observation V : on retrouve l'occlusion avant l'intervention qui fut tardive, le quatrième jour.

Et si dans l'observation VII les signes cliniques étaient encore discrets, et les signes généraux peu alarmants au troisième jour, les manœuvres opératoires furent longues : incision médiane sus-ombilicale pour vérifier le carrefour gastro-duodéno-vésiculaire ; l'incision fut prolongée au-dessous de l'ombilic et sur la ligne verticale fut branchée une incision transversale droite, puis après constatation de l'intégrité de ces organes, de l'arrière-cavité des épiploons et de la région pancréatique, la plaie fut refermée et une incision iliaque droite conduisit aux lésions appendiculaires. Pendant ces manœuvres, la rachi-anesthésie avait été complétée par une anesthésie générale. Il nous semble que cet ensemble de circonstances justifie, au moins en grande partie, l'évolution fatale.

Quant au 4^e cas de péritonite purulente, il a été observé chez une femme de 78 ans, dont l'urée san-

guine était égale à 0,70 et la glycémie 1 gr. 60. L'anesthésie fut une rachi-anesthésie.

Ainsi la critique de ces péritonites purulentes fait ressortir le rôle du terrain, de l'heure de l'intervention, peut-être aussi celui de l'anesthésie, celui des manifestations occlusives, celui des manœuvres opératoires ; *une erreur d'incision n'est pas anodine en chirurgie d'urgence.*

B. — Les cinq derniers cas de péritonite répondent à des péritonites par appendicites gangréneuses.

L'observation VIII est intéressante par la coexistence de la pyélite qui soulevait une discussion de diagnostic difficile et par l'installation précoce de signes occlusifs donnant d'emblée à l'évolution une tournure grave. Les suites opératoires immédiates furent favorables, malgré la persistance de la fièvre, lorsque subitement le cinquième jour, coma et hémiplégie vinrent terminer l'histoire clinique.

L'observation IX avec péritonite putride rappelle que le début douloureux peut être à la région épigastrique et que la coexistence d'une pleurésie séro-fibrineuse n'est pas sans influencer la marche de l'évolution bien que les lésions anatomiques aient déjà une sévérité propre, malgré l'âge peu avancé 42 ans.

Dans l'observation X l'appendice était détaché du cæcum, ces amputations spontanées sont toujours de mauvais présage.

Le cas n° XI montre que les douleurs appendiculaires peuvent débiter à gauche, très rapidement le

ventre s'est ballonné, le transit s'est arrêté, les signes occlusifs dominaient. L'annexe droite avait fortement réagi par inflammation de voisinage au contact d'un appendice gangréné, lui adhérent. L'ensemble formant un bloc qui avait été pris pour un pyosalpinx. Signes occlusifs, lésions anatomiques complexes, c'est assez pour justifier la mort chez cette femme de 40 ans.

Dans l'observation n^o XII, deux incisions ont été faites : d'abord sus-ombilicale, en face de la possibilité de perforation d'ulcère, puis dans la fosse iliaque droite. Une occlusion post-opératoire s'installe au quatrième jour, progresse et la mort survient le neuvième jour. Et cependant le diagnostic n'avait pas été fait tardivement.

Au cours des appendicites gangréneuses compliquées de péritonite on retrouve les mêmes éléments de gravité : la date du début, l'âge, les erreurs d'incisions, les lésions associées, l'occlusion pré ou post-opératoire ; mais la forme anatomique intervient aussi comme facteur de gravité puisque la mort survient en moyenne entre le quatrième et le cinquième jour après l'intervention, alors que dans les péritonites non gangréneuses elle s'observe entre le septième et le huitième jour.

Au terme de l'analyse de ces observations nous constatons :

1° *Qu'entre 40 et 50 ans :*

Sur 17 cas (47 % de péritonites généralisées) :

12 guérisons $\left\{ \begin{array}{l} 7 \text{ crises appendiculaires,} \\ 1 \text{ abcès,} \\ 4 \text{ péritonites,} \end{array} \right.$
soit 70 %.

5 morts $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ crise appendiculaire,} \\ 4 \text{ péritonites généralisées,} \end{array} \right.$
soit 30 %.

2° *Qu'après 50 ans :*

Sur 15 cas (80 % de péritonites généralisées) :

8 guérisons $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ crise appendiculaire,} \\ 7 \text{ péritonites généralisées,} \end{array} \right.$
soit 53 %.

7 morts $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ crise appendiculaire,} \\ 1 \text{ abcès,} \\ 5 \text{ péritonites généralisées,} \end{array} \right.$
soit 47 %.

Il ressort :

1° La rareté de la crise appendiculaire et l'extrême fréquence relative de la péritonite généralisée après 50 ans.

2° La plus grande gravité de l'appendicite aiguë, quelle que soit sa forme après cet âge.

CHAPITRE III

Aspect clinique de l'appendicite aiguë après quarante ans

En rapprochant ces diverses observations nous allons essayer de retracer les grandes lignes de l'aspect clinique de la crise appendiculaire et de la péritonite généralisée après quarante ans.

1° La crise.

D'après nos observations :

L'âge moyen est entre 46 et 47 ans. C'est là vraiment une notion importante. Elle met bien en évidence qu'après 50 ans au plus, il est très rare d'observer une crise d'appendicite aiguë non compliquée.

Le mode de début — contrairement à celui de l'appendicite aiguë banale qui, comme le dit M. Mondor, n'est « brutale qu'une fois sur deux » — ici, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, il est brutal et se manifeste par : douleur le plus souvent de la fosse iliaque droite, parfois diffuse, vomissements ou son équivalent

la nausée. Température 38°-39°, exceptionnellement 37,5, parfois 40°. Pouls 98-100.

L'observation de M. P..., 43 ans, dont la douleur de la fosse iliaque droite fut progressive, accompagnée de vomissements précoces et de frissons, ne doit pas atténuer cette notion de début brutal de la crise d'appendicite aiguë après 40 ans; il y avait là au contraire des signes d'atteinte profonde de l'organisme qui réagissait mal, comme l'a montré l'évolution ultérieure vers la mort dans des signes d'ictère grave.

A l'examen, le plus souvent on trouve :

Douleur.

Défense de la fosse iliaque droite.

Il convient d'insister sur ce fait que pas une seule fois nous n'avons trouvé de contracture. Quand elle existait, il ne s'agissait plus de crise d'appendicite aiguë banale, mais de péritonite appendiculaire, vérifiée à l'intervention.

Dans les suites opératoires, la courbe thermique demeure le classique élément de pronostic.

Si elle baisse soit immédiatement soit après un court plateau, la guérison est certaine.

Si elle s'élève ou reste élevée, le pronostic s'assombrit beaucoup; c'est l'annonce ou de la mort prochaine ou d'une complication grave.

En conclusion :

Douleur brutale de la fosse iliaque droite, fièvre et vomissement ou son équivalent, la nausée sont les

éléments les plus constants de la crise d'appendicite aiguë après 40 ans.

Dans cette triade la douleur est plus constante que la fièvre et le vomissement plus encore que la douleur.

De toute façon leur ensemble doit évoquer immédiatement l'appendicite aiguë qui sera confirmée par les deux signes moyens :

Douleurs provoquée et défense musculaire dans la région appendiculaire.

Le pronostic est très favorable en comparaison des autres formes d'appendicites aiguës compliquées après la quarantaine, mais la mortalité est encore de 20 %. Par suite, de notre documentation un peu restreinte il convient de l'atténuer, mais la différence reste grande par rapport à la mortalité globale qui est de 6, 85 % pour les appendicites aiguës.

2^o Péritonite

L'âge moyen est entre 53 et 54 ans. En le comparant à l'âge moyen qui est de 46 ans, auquel on a encore des crises d'appendicites aiguës typiques, il semble assez net qu'après 50 ans, l'appendicite évolue le plus souvent vers la péritonite.

Le début est variable, rarement progressif, en général soit consécutif à une crise douloureuse de la fosse iliaque droite, soit brutal. Souvent il est discret et cette discrétion contraste avec les lésions trouvées à l'intervention. Parfois enfin, il est déroutant :

— par la douleur : une fois début par douleur para-ombilicale gauche, une autre fois douleur épigastrique gagnant secondairement la fosse iliaque droite. Il a été dit que les formes débutant par des douleurs épigastriques étaient des formes graves, dans l'observation que nous rapportons l'évolution fut fatale,

— par les signes locaux : tableau de masses dans la fosse iliaque droite rappelant le cancer : c'est classique. Dans une de nos observations on trouve un tableau de masse annexielle assez volumineuse répondant à un bloc d'adhérences,

— par les signes associés. Nous rapportons une association de pyélite et d'appendicite, Ce sont deux affections bien différentes et il serait évidemment ennuyeux d'intervenir pour une pyélite. Or ici, les signes de pyélites sont évidents cliniquement et de plus ils sont confirmés par un examen de laboratoire extemporané. Les signes d'appendicite existent aussi, plus discrets, mais l'intervention confirmera les doutes. Aussi faut-il bien retenir ce point :

En cas de doute : répéter les examens et s'il est nécessaire pratiquer l'intervention bien préférable à l'évolution toujours grave d'une appendicite aiguë.

À l'examen on est d'emblée frappé par la discrétion des signes.

C'est rarement le classique tableau à grand fracas.

Les signes sont discrets non seulement dans les formes putrides, mais aussi dans les formes purulentes.

On lit dans nos observations :

Douleur localisée de la fosse iliaque droite avec défense musculaire localisée aussi à cet endroit.

Certes la contracture existe, mais on ne l'a retrouvée bien nettement que trois fois sur treize soit dans 2,3 % des cas.

Il nous paraît difficile de suivre M. le Professeur H. Hartmann lorsqu'il écrit : « L'absence de contracture exclut toute idée d'intervention ».

Certes H. Mondor a raison de considérer la contracture abdominale comme le maître symptôme... le signe le plus digne de foi de la péritonite, mais il apporte à sa règle générale, une atténuation judicieuse, il dit que « dans le cas des vieillards ou par suite de la déficience de la paroi, l'absence de contracture est au contraire la règle ».

La température est à 38°8 en moyenne.

Le pouls bat à 95 en moyenne.

Mais ce qui nous frappe c'est la dissociation fréquente du pouls qui est le plus souvent ralenti par rapport à la température.

C'est un signe classique de gravité (Cf. observations).

L'évolution des péritonites putrides ne se fait pas en deux ou trois temps avec ces phases d'accalmie comme on les retrouve dans les cas normaux de péritonite putride par perforation d'appendice gangréné.

Les suites opératoires sont longues et pénibles dans les cas qui guérissent.

Quand l'évolution est fatale fréquemment apparaissent des signes d'occlusion post-opératoire.

CHAPITRE IV

Diagnostic différentiel

La forme un peu spéciale de l'appendicite aiguë passée la quarantaine pose de nombreux problèmes de diagnostic.

Nous ne reviendrons pas sur la discrétion des signes et le polymorphisme des manifestations douloureuses, il faudra se souvenir que « malheureusement l'appendice n'est pas toujours fidèle au rendez-vous dans la fosse iliaque droite, il faut savoir penser à lui quand un caprice anatomique le situe dans un autre point du ventre » (Métivet).

Et comme le dit Mondor, dans son livre les « diagnostics urgents » « Les signes ne doivent pas être comptés, mais pesés ».

Pour cela il suffira de ne pas prendre à la légère : des vomissements, des douleurs de la fosse iliaque droite et plus encore ces douleurs trompeuses de tout l'abdomen en quelque point qu'elles siègent, chez l'homme de plus de 40 ans. Ce sont là des signes qui bien que très communs sont cependant les plus constants dans l'appendicite aiguë après la quaran-

taine et, c'est alors qu'il ne faudra pas calmer sa conscience avec les traitements symptomatiques si faciles, si complaisants ou si désastreux (purgations).

Il faut qu'aux troubles digestifs les plus banaux après 40 ans soit associée la possibilité d'une appendicite aiguë, et systématiquement il faudra pratiquer le « toucher rectal », le toucher vaginal, la palpation sus-iliaque, ne pas laisser échapper la moindre altération de l'état général, surveiller l'heure du début de l'affection, le faciès, le pouls et la température, car la notion d'appendicite aiguë passé 50 ans, doit englober la notion de péritonite.

Les examens répétés comparatifs sont fort utiles.

Ceci dit, il faut surtout retenir dans le diagnostic différentiel :

- Les affections rénales ;
- Les affections annexielles ;
- Les occlusions fébriles.

I. — LES AFFECTIONS RÉNALES.

La douleur est plus postérieure, on retrouve :

Les différents points douloureux : costo-lombaire, urétéraux moyens et inférieurs.

Examiner les urines, scruter les antécédents. En fait, « les signes urinaires ne sont trompeurs que si l'on oublie ces deux notions :

— L'appendice est souvent rétro-cæcal, c'est-à-dire près du rein ;

— L'appendice est souvent pelvien, c'est-à-dire près de la vessie » (H. Mondor). Aussi est-il nécessaire de pratiquer :

- un palper sus-iliaque,
- un toucher rectal.

Mais parfois il y a association d'affection rénale et d'appendicite aiguë comme le montre une de nos observations.

II. — AFFECTION ANNEXIELLE.

Souvent le diagnostic est délicat ; à ce propos, nous croyons devoir rapporter l'observation de Mme Del... chez qui on avait fait le diagnostic d'appendicite aiguë :

C'était une femme âgée de 46 ans, admise d'urgence pour crise douloureuse de la fosse iliaque droite. Au toucher vaginal on trouve un cul-de-sac latéral droit douloureux et comblé ; ce sont là les seuls renseignements cliniques que nous ayons.

A l'intervention on trouve du pus venant du pelvis ; le cæcum est sous-hépatique ; l'appendice gros, blanc et dur, n'explique pas la présence de pus pelvien ; par contre, l'annexe droite est tendue, le côlon transverse, l'épiploon, le sigmoïde sont normaux. On place un drain dans le Douglas, une mèche entre les organes génitaux et les anses grêles, une mèche au contact de l'annexe. La malade est sortie guérie le quatre-vingt-cinquième jour.

Cette observation, par sa banalité, montre combien le diagnostic peut être difficile. Dans le doute, il faudra répéter les examens et intervenir au besoin afin de ne pas laisser évoluer une appendicite aiguë.

III. — OCCLUSION FÉBRILE.

On pensera d'abord au cancer du cæcum comme le montre fort bien l'observation suivante :

Mme Dem..., 75 ans, est hospitalisée d'urgence pour douleur violente de la région sous-ombilicale. A l'examen : signe d'occlusion, mais douleur et contracture de la fosse iliaque droite ; en outre, il existe une hernie crurale gauche douloureuse, tendue et irréductible.

Deux heures plus tard, à un nouvel examen, on constate que la hernie est réductible, mais il y a toujours de la contracture de la fosse iliaque droite. On intervient.

Anesthésie locale, cure de la hernie qui n'était pas étranglée, mais à l'ouverture du sac issue de pus ; on fait alors sous anesthésie générale à l'éther, une incision médiane sous-ombilicale ; à l'exploration de la fosse iliaque droite on trouve une grosse masse. Est-ce une appendicite ou un néo-cæcal ?

Il existe en outre une péritonite généralisée alimentée par le foyer iliaque droit.

On place un drain de Mickulicz.

La mort survint 4 jours après.

Ici on ne sait pas exactement si on avait affaire à un cancer ou à une appendicite (la vérification anatomique n'a pu être faite).

De plus cette observation rappelle qu'à l'occasion d'une occlusion d'étiologie variable une hernie pré-existante peut devenir douloureuse.

De toute façon une occlusion fébrile doit faire suspecter une suppuration profonde et particulièrement chez les personnes âgées on pensera toujours au cancer ou à l'appendicite aiguë.

A propos d'occlusion, il nous faut encore citer une dernière observation :

Mme Hen..., 55 ans, vient consulter pour des signes de sub-occlusion, vomissement et constipation. A l'examen on trouve de la défense musculaire abdominale et un point de Mac Burney très douloureux. On opère et on trouve : une grosse tuméfaction du cæcum, un appendice rétro-cæcal très adhérent, qu'on enlève ; on draine. La malade sort guérie le seizième jour.

Mais un mois et demi plus tard la malade revient pour une occlusion typique. A l'intervention on trouve : un néo du côlon, au niveau de l'angle hépatique, vérifié histologiquement. Il s'agissait donc probablement lors de la première intervention pour appendicectomie d'une ectasie cæcale douloureuse, symptomatique d'un néo du côlon, comme l'avait déjà signalé Okinczyc.

CONCLUSIONS

1^o Après la quarantaine l'appendicite aiguë est indiscutablement plus rare qu'avant cette date, même si l'on fait abstraction des appendicites de l'enfance.

Pourtant elle n'est pas exceptionnelle, et mérite une place dans la pathologie abdominale de ces sujets.

2^o Elle est le plus souvent observée sous la forme de péritonite généralisée purulente ou putride : sur 32 observations que nous rapportons : 19 péritonites généralisées contre 10 crises appendiculaires simples. Et la mortalité de ces péritonites est de 45 %. Ces faits justifient le souci d'un diagnostic précoce, malheureusement souvent difficile de par le caractère insolite des manifestations cliniques.

3^o La crise appendiculaire simple réalise avant 50 ans les aspects classiques, mais elle a une violence plus constante. Après cet âge, il est rarissime d'observer une crise appendiculaire simple : en règle on est déjà en pleine péritonite. Sa mortalité est plus élevée que celle de l'appendicite aiguë en général ; elle est de 20 % d'après nos observations.

4° L'abcès appendiculaire peut rappeler une suppuration annexielle, périprostatique, ou colique.

5° La péritonite généralisée donne très rarement le tableau d'une perforation brutale, à grand fracas. Ce point nous paraît essentiel ; ce n'est pas le grand drame péritonéal. Elle engendre volontiers des signes relativement discrets : douleur et simple défense musculaire, ou trompeurs : parmi ceux-ci, il convient d'insister sur la fréquence des signes occlusifs : une occlusion fébrile est souvent la première manifestation marquante de la péritonite. Quant à la différence clinique entre péritonite purulente et péritonite secondaire à une appendicite gangréneuse, il est délicat de l'établir avec certitude : le poulx, le facies sont en ce sens les meilleurs indices.

6° Les éléments de pronostic tiennent à plusieurs facteurs ; de leur nombre, de leurs combinaisons dépend l'évolution :

L'âge est un facteur très important puisqu'après 40 ans la mortalité est cinq fois plus forte que dans l'ensemble, et plus encore que l'âge le terrain, mais ces deux notions sont si étroitement unies !

Les lésions associées : insuffisance hépatique, pleurésie, cardiopathie, valeur rénale, etc.....

La précocité du diagnostic, notion qui est aussi importante, sinon plus importante qu'avant la quarantaine.

L'occlusion pré et post-opératoire : l'occlusion est une lourde menace à tous les stades évolutifs.

Les manœuvres opératoires : des incisions multiples, la mobilisation de nombreux viscères aux fins d'une exploration complète dans les cas de diagnostic difficile ne sont pas sans danger, surtout en chirurgie d'urgence.

Les lésions anatomiques, enfin.

L'énumération de ces facteurs explique l'immense majorité des « cas paradoxaux ».

7^o Le diagnostic est souvent difficile ; parmi les discussions il faut retenir essentiellement celles des pyélites, des annexites, des diverses causes d'occlusions fébriles, et particulièrement ; le *cancer cæcal*.

8^o A l'intervention, une grande incision, un large méchage sont, dès que l'on a le moindre doute sur la difficulté des manœuvres et la gravité des lésions, les meilleurs éléments pour améliorer le pronostic, sans omettre la sérothérapie : physiologique sous-cutanée, antigangréneuse et anticolibacillaire (dans la plaie et dans le sérum physiologique), les toni-cardiaques et la thérapeutique humorale préventive contre l'occlusion post-opératoire.

Vu : le Président de la thèse,
R. GRÉGOIRE.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bancroft (F. W.).* — Mortalité de l'App. aiguë (An. surg., 1937, n° 1. p. 55-56).
- Churchman (J.-W.).* — Analyse des cas d'appendicite aiguë infantile observée à l'Hôpital John Hopkin (*in* Bul. of the John Hopkin Hospital, 1909, t. XX, n° 215, p. 31-39).
- Couvellaire (R.).* — Gaz. Méd. de France, 1937.
- Davis (J.-E.), Muske (P.-H.), Mulligan (P.-L.), Gustov (J.).*
Appendicite : Revue statistique de 10.000 cas consécutifs suivi à l'Hôpital Providence (*in* Journal American of Med. Assoc., 1^{er} mars 1936, t. CVIII, n° 18).
- Duval (P.).* — A propos des appendicites aiguës (*in* Mémoire de l'Académie de chirurgie, t. 62, n° 31, 1936).
- Gregoire (R.).* — Anatomie médico-chirurgicale.
- Heilman (d'Helsingfors).* — Statistique clinique sur l'appendicite (Acta Societatis medicina Femicæ « Duodecim », t. 17, série B, fasc. I).
- Hoffman (Hambourg).* — Péritonite diffuse par appendicite (Beiträge zur Klinischen chirurgie, t. LXXIX, fas. 2, juillet 1912).
- Lazzarini (de Milan).* — Considérations sur 800 cas d'appendicites aiguës opérées (La riforma medica, an. 53, n° 4, janvier 1937).
- Mauro (M.).* — La thrombo-phlébite de la veine porte dans l'appendicite aiguë (Ref. Méd., déc. 1936, t. XV, n° 50).
- Mondor (H.).* — Diagnostics urgents abdomen. Ed. Masson, 1930).

Moreno (Goni). — Occlusion intestinale par app. pelv. aiguë (Bul. y trab. de la Soc. de chirurgie de Buenos-Aires, t. XIX, 27 nov. 1935).

Okinczyc (J.). — Réflexions sur l'appendicite (*in* Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. 63, n° 4, 1937).

— Forme occlusive de l'appendicite aiguë (Bul. Méd. de la Soc. nat. de chirurgie, nov. 1935, t. LXI, p. 1226).

Wevill (L. B.), Wallace (H. L.). — Appendicite aiguë (*in* Edimburg medical journal, vol. 41, n° 10, oct. 1934).

